

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA TRIAGETOIMINNAN MUUTOKSESTA JORVIN LASTEN PÄIVYSTYKSESSÄ

Laine Noora ja Liukko Paula
Opinnäytetyö, kevät 2016
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Diakonisen hoitotyön
suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK)–diakonissa

TIIVISTELMÄ

Laine, Noora & Liukko, Paula. Sairaanhoidajien kokemuksia triagetoiminnan muutoksesta Jorvin lasten päivystyksessä. Diak Helsinki, kevät 2016. 52 sivua, 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan virkakelpoisuus.

Tutkimuksessa kartoitimme ja kuvailemme sairaanhoidajien kokemuksia uudesta hoidon tarpeen arvioinnin eli triagen luokitusjärjestelmästä. Kuvailemme, millaisena sairaanhoidajat kokevat ESI-triagejärjestelmän ja miten sairaanhoidajat kokevat luokitusjärjestelmien huomioivan potilaiden henkistä tai hengellistä hätää. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Jorvin lasten päivystyksen sairaanhoidajien kokemuksia triagetoiminnan muutoksesta, eli miten he kokevat ABCDE-luokitusjärjestelmän vaihtumisen Emergency Severity Index (ESI) -järjestelmään.

Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Haastattelimme ESI-triagen pilottijaksolle osallistuneita sairaanhoidajia kahdessa ryhmässä käyttäen ennalta laadittuja kysymyksiä. Saatu aineisto analysoitiin teemoittelemalla.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että sairaanhoidajilla muutokseen sopeutuminen vei aikaa. ESI-triagejärjestelmän ei koettu nopeuttaneen hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä. Hoidajat kokivat saaneensa tarpeeksi koulutusta ja perehdytystä toteuttaakseen ESI-triagea, mutta järjestelmä ei heidän kokemuksiansa mukaan sovellu sellaisenaan lasten päivystystoimintaan.

Opinnäytetyötä ja sen tuloksia voidaan hyödyntää Jorvin sairaalan lasten päivystyksen triagetoiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan myös osittain hyödyntää muidenkin päivystyspoliklinikoiden triagetoiminnan kehittämisessä.

ESI-triagejärjestelmä lisäsi turvallisuuden tunnetta sairaanhoidajille selkeiden toimintamallien myötä. Sairaanhoitajat toivoivat ESI-triagejärjestelmän kriittistä tarkastelua ja kehittämistä lasten päivystyspoliklinikalle sopivammaksi. Triagejärjestelmät eivät huomioi potilaiden hengellisiä tarpeita, mutta sairaanhoidajat ottavat ne huomioon omassa toiminnassaan. Haastatteluiden perusteella sairaanhoidajat ottavat potilaat huomioon kokonaisvaltaisesti ja ammatillisesti.

Sairaanhoitajien kokemuksia olisi hyödyllistä tutkia myöhemmin uudelleen, kun järjestelmä on ollut pidempään käytössä. Toinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla nopeuttaisiko ESI 4 ja ESI 5 –luokan potilaiden siirtäminen erilliselle vastaanotolle potilaiden hoitoon pääsyä.

Avainsanat: triage, ESI-triage, päivystyspoliklinikka, diakonisen hoitotyön osaaminen

ABSTRACT

Laine, Noora and Liukko, Paula. Nurses' experiences of changes of triage system in children's emergency department at Jorvi hospital. 52 pages, 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, spring 2016. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this study is to describe the Jorvi hospital pediatric emergency departments' nurses' experiences of changes of triage system, that is how the nurses perceive the ABCDE classification system change to the Emergency Severity Index (ESI) system. We describe and chart the need for triage rating system. We describe how the nurses feel about ESI-triage system and how nurses think triage systems observe patients' mental or spiritual needs.

This study is a qualitative research with interview used as the data collection method. We interviewed nurses who participated in an ESI-triage pilot episode. The interviews were organized in two groups of nurses. The resulting data was analyzed in themes.

The results of the research showed that it took time for the nurses to adapt to the change. ESI-triage was not considered to change the triage system any faster. The nurses felt that they received enough orientation and training before using ESI triage, but according to their own experiences, the system is not suitable for children's emergency department.

This study and its results can be used in the development of Jorvi hospitals' pediatric emergency department's triage operation. The results of the study could also be somewhat useful in the development of other emergency departments' triage operation.

ESI-triage system added the feeling of safety to the nurses because of the clear operations models. Nurses hope a critical review about ESI-triage and the development of it. Triage systems don't take a notice to patients' spiritual needs but nurses consider the needs with their actions. Based on the interviews nurses take into a notice the patients comprehensively and professionally.

Nurses' experiences would be useful to examine again later, when the system has been in use longer. Another subject of further research could speed up the patient access to care if ESI 4 and ESI 5 classes' patients would transfer to separate reception.

Key words: triage, ESI-triage, emergency department, diaconal nursing skills

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI ELI TRIAGE	8
2.1 ABCDE-triagejärjestelmä	9
2.2 Emergency Severity Index (ESI) -triagejärjestelmä	11
3 LASTENPÄIVYSTYSHOITO	14
3.1 Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset lasten päivystyksessä	15
3.2 Sairaanhoidajana lasten hoitotyössä	16
3.3 Triagehoitaja	17
3.4 Eettinen osaaminen lasten hoitotyössä	18
4 JORVIN LASTEN PÄIVYSTYS TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ	20
4.1 ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hanke	20
4.2 ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä –hankkeen koulutuspäivä	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS	23
5.1 Laadullinen tutkimus	23
5.2 Ryhmähaastattelu	24
5.3 Aineistonkeruu	25
5.4 Aineiston analysointi	27
6 TULOKSET	29
6.1 Hyväksi koettuja asioita triagejärjestelmän muutoksessa	29
6.2 Haastavaksi koettuja asioita triagejärjestelmän muutoksessa	31
6.3 Kehitettävää ESI-triagejärjestelmässä	33
6.4 Hengellisyys ja eettisyys triagessa	35
7 POHDINTA	37
7.1 Tulosten pohdintaa	37
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	39

7.3 Opinnäytetyön eettisyys.....	41
7.4 Opinnäytetyöprosessin ja ammatillisen kasvun tarkastelu.....	41
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	44
LÄHTEET	46
LIITE 1: Haastattelulomakkeen saatekirje.....	50
LIITE 2: Haastattelurunko	51
LIITE 3: Teemoittelun malli	52

1 JOHDANTO

Triage on hoidon tarpeen arviointia. Päivystyksessä potilaan hoitoon pääsyn nopeus perustuu triagehoitajan arvioon hoidon tarpeesta. Lasten päivystyksessä on erityisesti huomioitava lapsipotilaan turvallisuus, lapsen tilan seuranta ja perhekeskeinen hoitotyö (Janhunen 2014, 5). Triagetoiminta on hyödyllinen työmenetelmä nopeuttamaan päivystystoimintaa. (Kantonen & Lajunen 2010, 7.)

Sairaanhoitajan työ lasten päivystyspoliklinikalla vaatii hyvää ammattiosaamista (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 11). Sairaanhoitaja huomioi lapsen ja vanhempien tarpeet ja toimii eettisesti sairaanhoitajan osaamisvaatimusten mukaisesti. Lasten hoitotyössä sairaanhoitaja huomioi lapsen hänen kehitystasonsa mukaisesti sekä ohjaa ja tukee vanhempia lapsen hoidossa. (Tuomi 2008, 35.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Jorvin sairaalan lasten päivystyspoliklinikalla on käynnissä ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -kehittämishanke, jonka myötä lasten päivystyspoliklinikka on vaihtanut käyttöönsä heille sovelletun Emergency Severity Index (ESI) arviointijärjestelmän luokittelemaan hoidon tarvetta. Pilottijakso oli osastolla syys-joulukuussa vuoden 2015 aikana, jonka jälkeen ESI-järjestelmä jäi päivystyspoliklinikalle toistaiseksi käyttöön.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä ryhmähaastatteluiden avulla sairaanhoitajien kokemuksia triagetoiminnan muutoksesta Jorvin lasten päivystyspoliklinikalla ja tavoitteena on tuottaa tietoa hankkeelle. Saimme aiheen tälle työlle ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hankkeen työryhmältä. Sairaanhoitajien kokemuksien kartoittaminen triagetoiminnan muutoksesta koettiin tarpeelliseksi ja opinnäytetyötä sekä sen tuloksia voidaan hyödyntää Jorvin lasten päivystyspoliklinikan triagetoimintaa kehitettäessä.

Sairaanhoitaja-diakonissaopiskelijoina meitä kiinnostaa myös hengellisen ja eettisen toiminnan näkyminen sairaanhoitajan työssä lasten päivystyspoliklinikalla.

Tutkimuksen avulla kokosimme sairaanhoitajien kokemuksia hengellisestä ja eettisestä toiminnasta hoidon tarpeen arviota tehdessä lasten päivystyspoliklinikalla.

2 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI ELI TRIAGE

Triage-termi on lähtöisin ranskankielen sanasta trier, joka tarkoittaa luokittelua, lajittelua, järjestämistä, erottelua ja valikoimista (Kanttonen 2014, 23; Syväoja & Äijälä 2009, 94). Aluksi triagea eli hoidon tarpeen arviointia on käytetty sotakirurgiassa, jolloin on määriteltä keitä haavoittuneita tulisi ensisijaisesti hoitaa. (Kanttonen 2014, 23; Kiura, Malmström, Malmström, Torkki & Mäkelä 2012, 699). Päivystyspoliklinikoilla käytettävän triage-toiminnan kehitys on alkanut 1960-luvulla Yhdysvalloista, jolloin päivystykset alkoivat ruuhkautua ja oli tarve pystyä nopeasti määrittelemään, ketkä potilaista ovat välittömän hoidon tarpeessa ja ketkä voivat odottaa hoitoa hieman kauemmin. Suomessa triage on otettu käyttöön päivystystoiminnassa vasta 2000 -luvulla. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 94.)

Triagen tavoitteena on tarjota potilaille oikea-aikaista hoitoa oikeassa hoitopaikassa ja kaikkien potilaiden hoito pyritään aloittamaan triageluokituksen ohjeistaman ajan kuluessa. Yhteispäivestyksissä triage-toiminnan tavoitteena on erotella potilaat yleislääkäripäivystykseen ja erikoissairaanhoidon. (Syväoja & Äijälä 2009, 95.) Yhteispäivestyksellä tarkoitetaan päivystystä, jossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykset toimivat ainakin osittain samoissa tiloissa ja samoilla resursseilla (Sopanen 2009, 61).

Suomessa hoidon tarpeen arviointi pohjautuu eri lakeihin ja asetuksiin. Keskeisin näistä on päivystysasetus (2014) kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Lisäksi hoidon tarpeen arviointia ohjaavat valtakunnalliset ja paikalliset ohjeistukset. (Gharbi & Janhunen 2013.)

Kansanterveyslain (2004) mukaan terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Terveystenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi. (Kansanterveyslaki 2004.)

Myös erikoissairaanhoitolain 31 § (2004) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että niin kiireellisen kuin lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Henkilölle, joka on kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa, on annettava hänen sairaudentilansa edellyttämä hoito välittömästi. (Erikoissairaanhoitolaki 2004.)

Lasten päivystyspoliklinikalla sairaanhoitaja tekee nopean arvion lapsen voinnista ja hänen hoidon tarpeestaan. Hoidon tarpeen arvioinnin perustana ovat lapsen ja vanhempien haastattelu ja tiedot lapsen oireista ja voinnista. Hoidon tarpeen arvioon vaikuttavat myös vitaalielintoimintojen eli verenpaineen, lämmön, happisaturaation ja hengitystiheyden tulokset ja hoitajan oma arvio lapsen voinnista. Hoitajan on tärkeää pitää vanhemmat ajan tasalla tilanteesta, jos he eivät pysty olemaan läsnä tutkimushuoneessa. (Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuo & Uotila 2012, 99; Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 94.)

Hoidon tarpeen luokittelun eli triagen malleja on monia erilaisia. Kansainvälisesti yleisimmin on käytössä neljä eri järjestelmää, jotka ovat Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), Australian Triage Scale (ATS), Emergency Severity Index (ESI) ja Manchester Triage Scale (MTS). Suomessa on kehitetty Manchester Triage Scaleen pohjautuva ABCDE-kiireellisyysluokittelu ja sen ohella on käytössä paikkakunta- ja päivystyskohtaisia ohjeistoja. (Kantonen 2014, 24; Kuisma ym. 2013, 94.) Myös Jorvin lasten päivystys on käyttänyt ABCDE–triagejärjestelmää ja on nyt ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä –hankkeen myötä siirtynyt käyttämään ESI–triagejärjestelmää.

2.1 ABCDE-triagejärjestelmä

Tällä hetkellä Suomessa yleisimmin on käytössä Manchester Triage Scale:n pohjalta kehitetty viisiportainen ABCDE-triage. ABCDE-triagessa määritellään aika, jonka sisällä potilaan tulisi päästä hoitoon. (Kantonen 2014, 24.) Potilaan kiireellisyysluokka, A, B, C, D tai E merkitään näkyviin käytössä olevaan potilastietojärjestelmään ja jonotietoihin (Päivystyshanke 2008, 4).

Lasten päivystyksessä ryhmään A kuuluvat lapset, joilla on henkeä uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaalielintoiminnoissa. Heidän hoitonsa on aloitettava välittömästi erikoissairaanhoidossa. Ryhmään B kuuluvat lapset, joilla on yleistilaa uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaalielintoiminnoissa. B-ryhmään kuuluvan potilaan tulisi saada hoitoa noin 10 minuutin sisällä hoidon tarpeen arvioinnin määrittelystä. C-ryhmään kuuluvat lapset, joilla on vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota. Vaiva voi olla hankala tai kipeä ja se vaatii lääkärin arviota tunnin sisällä hoidon tarpeen arviosta. D-ryhmässä ovat lapset, joilla on vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota, mutta joka ei todennäköisesti pahene kahden tunnin odottamisella. Vamma tai oire voi kuitenkin todennäköisesti pahentua vuorokauden sisällä. A- ja B-ryhmän potilaat kuuluvat erikoissairaanhoidon päivystykseen ja C- ja D-ryhmän potilaat kuuluvat terveysterveyskeskuspäivystykseen. (Gharbi & Janhunen 2013, 3; Syväoja & Äijälä 2009, 95; Päivystyshanke 2008, 5.)

E-ryhmän potilaat poikkeavat muiden ryhmien potilaista siten, että he eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa ollenkaan. E-ryhmän kuuluvalla potilaalla voi kuitenkin olla oire tai sairaus, joka vaatii lääkärin selvitystä, vaikka hän ei päivystysluonteista hoitoa tarvitsekaan (Kantonen & Lajunen 2010, 8). E-ryhmän potilaat kuuluvat joko terveysterveyskeskuspäivystykseen tai päivystävän sairaanhoitajan vastaanotolle. Jos E-ryhmän potilaat eivät päädy lääkärin vastaanotolle, tulee heistä tehdä aina merkintä käyntitietoihin, josta selviää tulosyy, hoidon tarpeen arviointi, minne potilas on ohjattu, potilaalle annettu ohjeistus ja mahdollisesti annettu hoito tai todistus. Tarvittaessa E-ryhmän potilaille tai heidän huoltajilleen voi antaa terveysterveysneuvontaa ja kirjalliset hoito-ohjeet. (Gharbi & Janhunen 2013, 3; Syväoja & Äijälä 2009, 95; Päivystyshanke 2008, 5.)

Päivystyshankkeen (2008) taskuoppaassa päivystykseen on tuotu esille joitain seikkoja, jotka tulisi huomioida hoidon kiireellisyyden arviointia tehdessä. On huomioitava, että luokittelun ohjeet ovat viitteellisiä ja niistä voi poiketa perustellusta syystä. Jos sairaanhoitaja on epävarma, hän voi konsultoida lääkäriä tai ryhmitellä potilaan kiireellisempään luokkaan. Jos potilaalla on viranomaissaattaja, voi tällöinkin kiireellisyysluokkaa nostaa. Hoidon kiireellisyyden arvioinnissa on hyvä

ottaa huomioon pitkät pyhät, viikonloput ja yöaika, jos potilas ohjataan päiväpalveluihin. Tarvittaessa hoidon kiireellisyyden voi arvioida aina uudelleen. Potilaan vointia tulisi seurata odotusaikana ja huomioida voinnissa tapahtuvat muutokset. Jos potilas on kivulias, tulisi riittävästä kipulääkityksestä huolehtia myös odotusaikana. (Päivystyshanke 2008, 4.)

2.2 Emergency Severity Index (ESI) -triagejärjestelmä

Emergency Severity Index (ESI) -triagejärjestelmän kehittivät päivystyslääkärit Richard Wuerz ja David Eitel Yhdysvalloissa 1998. Sieltä kyseinen järjestelmä rantautui myöhemmin myös Eurooppaan. ESI on viisiportainen triagejärjestelmä, joka kuvaa millaisia toimenpiteitä potilas tarvitsee kliinisen tilansa ja oireidensa perusteella. Triagehoitaja arvioi niiden tutkimusten, menetelmien ja konsultaatioiden eli resurssien määrän, joita potilas päivystyksessä ollessaan tulee tarvitsemaan. (Gilboy, Tanabe, Travers, Rosenau & Eitel 2005, 12.)

Suomessa vuonna 2012 kolme päivystysyksikköä käytti ja muutamat yksiköt olivat siirtymässä ESI-triageluokittelun käyttöön (Kiura, Malmström, Malmström, Mäkelä, Torkki 2012). Yksinkertaisuuden ansiosta ryhmittely on luotettavaa ja nopeaa, mikä mahdollistaa kiireellisten potilaiden hoidon nopean aloittamisen. (Gilboy ym. 2005, 12.)

ESI -luokittelun ensimmäinen taso kuvaa potilaita, joilla on häiriö peruselintoiminnossa. Hoito aloitetaan välittömästi ja siihen tarvitaan koko hoitotiimiä. ESI 1 -luokan potilaiden tila on usein vakava ja ensimmäiset toimenpiteet on aloitettu ensihoidossa. ESI 2 -luokan potilaiden kliininen vointi on heikentynyt tai heillä on mahdollisesti elinvaurio. He eivät kuitenkaan tarvitse peruselintoimintoja ylläpitävää hoitoa. Sairaanhoitaja tekee arvion heidän tilastaan ja tilanteen mukaan aloittaa esimerkiksi happihoidon ennen lääkärin vastaanottoa. ESI 2 -luokkaan kuuluvat myös potilaat, joilla on äkillisesti ilmestynyt vahvoja oireita, kuten sekavuutta tai fyysisistä tai psyykkistä ahdistuneisuutta. (Kuisma ym. 2013, 94–95.)

ESI 3 -luokan potilaat eivät kärsi peruselintoimintojen häiriöistä, mutta tarvitsevat useita päivystyksessä toteutettavia toimenpiteitä. ESI- järjestelmässä potilaiden elintoimintojen häiriöttömyys varmistetaan hoidon tarpeen arviointia tehdessä mittaamalla syke, saturaatio ja hengitystiheys kaikilta ESI 3 –luokan potilailta. ESI 4- ja 5 –luokan potilaat tarvitsevat vain yhden toimenpiteen päivystyspoliklinikalla tai heidät ohjataan perusterveydenhuollon päivystykseen. (Kuisma ym. 2013, 94–95.)

Jorvin lasten päivystykseen tehtiin ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hankkeen aikana omat ohjeistukset ESI-triagen toteuttamiselle. Ensimmäiseksi triagehoitajaa ohjataan miettimään lasta ja vanhempia tavatessa kysymys, onko lapsi välittömässä hengenvaarassa ja jos vastaus on kyllä, tarvitsee lapsi välitöntä hoitoa koko hoitotiimiltä. Viivytykset hoidon aloittamisessa voivat vaikuttaa näissä tilanteissa potilaiden kuolleisuuteen ja vammautumiseen. Seuraavaksi triagehoitaja miettii lasta tutkiessa, voiko lapsi odottaa hoitoa. Tilanteessa, jossa potilas ei voi odottaa hoitoa, sairaanhoitaja vie hänet seurantapaikalle ja aloittaa hoitotoimet. Hoidon aloittamisen jälkeen pyydetään lääkäri paikalle. (Janhunen 2015.)

Jos potilaat eivät kuulu Jorvin lasten päivystyksen ESI-triagen luokituksen mukaan ESI 1- tai ESI 2 -luokkaan, ohjataan triagehoitajaa miettimään lapsen hoidon tarvetta arvioidessa, kuinka monta resurssia lapsi tarvitsee. Tällöin sairaanhoitajalla täytyy olla riittävää kokemusta työskentelystä tässä päivystysyksikössä ja tietoa yksikön tyypillisten potilaiden tarvitsemista tutkimuksista ja toimenpiteistä eli resursseista. Jorvin lasten päivystyksessä resursseiksi lasketaan esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, suoniyhteyden avaus, inhaloitavat, suonensisäisesti, ihon alle tai lihakseen annettavat lääkkeet, vaativat tutkimukset, erikoisan ylittävät konsultaatiot ja vaikeahoitoiset potilaat. Resursseja eivät ole esimerkiksi pikamittaukset, nielunäytteet, lapsen kliininen tutkiminen, suun kautta annettavat lääkkeet, puuduterasvat tai silmä- ja korvatipat, sidosten vaihdot, oman erikoisan konsultointi tai puhelinkonsultaatio. (Janhunen 2015.)

ESI 3 -luokkaan kuuluva lapsi tarvitsee resursseja kaksi tai enemmän. Sairanhoitajan ei tarvitse hoidon tarvetta arvioidessaan osata määritellä mitä kaikkea

lapsi tarvitsee, riittää kun tietää, että arvioitu resurssimäärä on vähintään kaksi. Kun triagehoitaja arvioi lapsen kuuluvan ESI 3 -luokkaan, mitataan häneltä vitaalielintoiminnot. Vitaalielintoimintojen arvojen tulosten perusteella sairaanhoitaja miettii vielä, tulisiko lapsi kuitenkin nostaa ESI 2 -luokkaan. Jos vitaalielintoimintojen arvot pysyvät viiterajoissa, pysyy lapsi ESI 3 -luokassa ja jää odottamaan lääkärin vastaanottoa. (Janhunen 2015.)

ESI -järjestelmä sopii hyvin päivystyspoliklinikalle suhteessa poliklinikan resursien käyttöön. ESI-triagen hyötynä on myös sen luokittelun tarjoama mahdollisuus siirtää kiireettömien potilaiden (luokat 4-5) hoito muualle, pois varsinaiselta päivystysalueelta (Gilboy ym. 2005, 12). Australiassa on tehty tutkimus, jossa päivystyspoliklinikalle luotiin erillinen vastaanotto potilaille, jotka olivat Australian Triage Scalen luokituksessa 4 tai 5, joilla oli normaalit vitaalielintoimintojen arvot ja joiden yleiskunto ei ollut uhattuna. Tämä nopeutti potilasjonon purkamista ja potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. (Dinh, Walker, Parameswaran & Enright 2012, 188–194.)

Tutkimuksessa, jossa käsitellään ESI-triagen käytön luotettavuutta ja pätevyyttä lastensairaanhoidossa, tuodaan esille, ettei ESI-triage ole ihanteellisin järjestelmä käyttää lastensairaanhoidossa. ESI-triagen resurssit tulisi määritellä lastensairaanhoidossa erilaisiksi, verrattaessa aikuisten sairaanhoitoon. (Travers, Waller, Katznelson & Agans 2009, 844, 848.)

3 LASTENPÄIVYSTYSHOITO

Päivystyksellä tarkoitetaan hätätapausten välitöntä ja kiireellistä polikliinistä hoitoa. Päivystyksen tarkoituksena on arvioida potilaan tarvitsema kiireellinen hoito ja tehdä potilaalle tutkimus- ja hoitosuunnitelma. Päivystyksessä tehdään vain hoidon kannalta kiireellisiä tutkimuksia ja toimenpiteitä, joita ei voida siirtää potilaan tilan vuoksi myöhemmäksi. (Sopanen 2009, 60.)

Päivystyshoito on jonkin äkillisen sairauden, vamman tai kroonisen sairauden vaatimaa välitöntä hoitoa ja hoidon tarpeen arviointia (Terveystieteiden lae 2010). Päivystyshoidossa pyritään selkeään hoitopolkuun, jossa hoitokontaktit ovat lyhyitä. Päivystyshoidolle on ominaista, että tilanteet muuttuvat nopeasti ja hoito vaatii usein moniammatillista työtä. Päivystyshoidossa potilaat joutuvat lähes aina odottamaan lääkäriä, sillä heidät tutkitaan ja hoidetaan hoidon tarpeen arvion perusteella. Päivystyksessä joutuu tekemään nopeita hoidollisia päätöksiä, jonka vuoksi työ vaatii hyvää ammattiosaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 11.)

Lasten päivystyksessä tulee ottaa huomioon joitakin erityisiä asioita, jotta lapsille ja perheille voidaan antaa parasta mahdollista hoitoa. Janhunen (2014) viittaa tutkimuksessaan Yhdysvalloissa tehtyyn kansalliseen ohjeistukseen hoitotyöstä lasten päivystyspoliklinikalla, jossa tuodaan esille, että lasten päivystyspoliklinikalla on huomioitava lapsipotilaan turvallisuus, lapsen tilan seuranta ja perhekeskeisyys hoitotyössä. Lapsipotilaan turvallisuuden huomioimisessa auttaa esimerkiksi lapsille suunnitellut tilat ja tutkimus- ja hoitovälineet sekä lapsen tarkan painon punnitseminen turvallisen lääkehoidon toteuttamista ajatellen. (Janhunen 2014, 4-5.)

Lapsen tilan seurannassa oleellista on sairaanhoitajan tietoperusta lapsen ikään sidotuista vitaalielintoimintojen arvoista ja kehitystasosta, lapsen tilan jatkuva arviointi ja seuranta sekä kirjaaminen ja raportointi. Lapsen tilan seuranta kuuluu sairaanhoitajan ydinosaamisalueeseen päivystyshoidossa. Perhekeskeisellä hoi-

totyöllä lasten päivystyspoliklinikalla tarkoitetaan perheen huomioimista ja mukaan ottamista lapsen hoidossa ja häntä koskevassa päätöksenteossa. Perhekeskeinen hoitotyö huomioi perheen myös ohjauksessa ja neuvonnassa. (Janhunen 2014, 4-5.)

3.1 Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset lasten päivystyksessä

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen muodostuu yhdeksästä osa-alueesta ja opintoihin kuuluu 210 pakollista opintopistettä (Opetusministeriön työryhmämuis-
tioita ja selvityksiä 2006). Osaamisalueita ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eeti-
tisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toi-
mintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko,
ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosi-
aali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus. (Sairaanhoitajan ammatillinen vä-
himmäisosaaminen. i.a.)

Päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja tarvitsee tietoa päivystyspotilaan hoitotyöstä
kyetäkseen hoitamaan heitä. Tieto on toiminnan perusta ja se lisääntyy toiminnan
myötä. Tietoa on sekä teoreettista- että arkitietoa. Teoreettinen tieto tarkoittaa
tieteellisesti tutkittua tietoa. Arkitieto syntyy kokemusten ja erehdysten kautta.
Sairaanhoitajan ammatillisen tiedon pohjana ovat peruskoulutus ja elämän tuoma
omakohtainen kokemus. (Nummelin 2009, 8.)

Lastensairaanhoitajien osaamisvaatimuksia, sairaanhoitajan osaamisvaatimus-
ten lisäksi ovat lapsen yksityisyyden ja luottamuksen ylläpitäminen, vanhempien
tukeminen ja lapsen edunvalvojana toimiminen (Tuomi 2008, 35). Perheellä on
erityinen merkitys lapsipotilaalle sairaalassaoloaikana. Ero vanhemmista on sitä
vaikeampaa, mitä pienempi lapsi on. Vanhempia kuormittaa henkisesti erossaolo
lapsesta ja vanhempien läsnäolo sairaalassa lievittää sekä lapsen että äidin ja
isän stressitasoja. Myös lapsen ikä, terveys, kehitystaso ja ominaispiirteet vaikut-
tavat siihen, miten hän kokee sairaalassaolon. Vanhempien huoli sairaasta lap-
sesta vaikuttaa kaikkiin perheenjäseniin ja voi heijastua myös kodin ulkopuolelle.
(Lehto 2004, 15–16, 18–19.)

Sairaanhoitajan tarvitsema teoreettinen tieto koostuu hoitotieteellistä, lääketieteellistä, humanistista ja farmakologisesta tiedosta. Sairaanhoitajalla tulee olla hyvät perustiedot eri sairauksista, jonka lisäksi hän tarvitsee tietoa hoidettavasta potilaasta, yhteistyötahoista, työympäristöstä sekä laitteista ja hoitomenetelmistä. Tutkimustiedon käyttö on osa sairaanhoitajan näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Siihen kuuluu lisäksi potilaan tarpeisiin perustuvan tiedon käyttö sekä hoitosuosituksien ja ammatillisen asiantuntemuksen käyttö. (Nummelin 2009, 9.)

Ikä ja työkokemus lisäävät ammatillista osaamista. Mitä pidempi työkokemus sairaanhoitajalla on, sitä pätevämmäksi hän arvioi oman osaamisensa päivystysympäristössä. Mitä enemmän työssä tulee saman asian toistoa, sitä paremmin hän työnsä osaa. Perushoidon, laitteiden käytön ja muiden käden taitojen tulee olla hallinnassa ja riskien minimointi sekä muutoksiin sopeutuminen on osa sairaanhoitajan osaamista päivystystyössä. (Nummelin 2009, 11; Paakkonen 2008, 91.)

Patel (2008) tuo esille, että aina kokemuksen määrä ei määrittele sairaanhoitajaa automaattisesti paremmaksi hoitotyössä. Esimerkiksi noviisivaiheen sairaanhoitajat tai ne, joilla on vähäinen kokemus, noudattavat tunnollisemmin heille annettuja ohjeita ja pitäytyvät niissä. Asiantuntijatasolla olevat sairaanhoitajat taas helpommin luottavat omaan intuition ja poikkeavat annetuista ohjeista. (Patel, Gutnik, Karlin & Pusic 2008, 506–507; 512–513.)

3.2 Sairaanhoitajana lasten hoitotyössä

Sairaanhoitajan työssä pyritään asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöisyydellä tavoitellaan asiakkaan parasta. Sairaanhoitajan työssä se tarkoittaa kykyä ottaa potilas ja perhe huomioon oman elämänsä asiantuntijana. Hoidossa pyritään vuorovaikutuksellisuuteen ja ottamaan koko perhe mukaan hoidolliseen päätöksentekoon. Asiakaslähtöisessä hoidossa pyritään ottamaan potilaan elämänhistoria, -tavat ja -tilanne huomioon, jolloin huomioidaan myös potilaan ja perheen hengelliset tarpeet. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 36.)

Hengellisyys on uskon käytännön harjoittamista esimerkiksi hiljaisuuden, mietiskelyn ja laulamisen kautta. Hengellisyys voi näkyä potilaan tai perheen elämäntavoissa ja elämän tarkoituksen tulkinnoissa. Asiakslähtöisyyteen ja kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön kuuluu, että sairaanhoitaja tukee potilaan hengellistä elämää. Hengellinen hoito voi olla potilaan lähellä olemista ja auttamista hänen pohtiessaan kysymyksiä, jotka liittyvät hänen elämäänsä. (Aalto & Gothoni 2009, 12–14.) Lasten hoitotyössä konkreettinen hengellisen hoitotyön keino voi olla iltarukouksen lukeminen.

Asiakslähtöisyydessä on kyse yksilöllisyyden kunnioittamisesta. Lasten sairaanhoidossa on tärkeä huomioida, että potilaana on ensisijaisesti lapsi, jota hoidetaan yhdessä perheen kanssa. Lapsi on samalla tavalla oma ainutkertainen persoonansa ja yksilönsä kuten aikuisetkin. Lapsen näkökulmaa ja kokemuksia kuunnellaan ja hänen annetaan itse päättää asioista oman kehitystasonsa mukaisesti. Yksilöllistä hoitoa voi lasten kohdalla toteuttaa kuuntelemalla lasta ja välttämällä hänen päänsä yli puhumista. (Linden 2004, 32.)

Lapsen, vanhempien ja hoitohenkilökunnan yhteistyö on tärkeää lapsen sairaalassaolon aikana. Sairaanhoitajan olennainen tehtävä on tukea vanhempia lapsen hoitoon liittyvissä asioissa ja vanhempien odotetaan osallistuvan lapsen hoitoon sairaalassa, sillä siitä hyötyy sekä lapsi että vanhemmat. Vanhemmuuden tukeminen on hoitohenkilökunnan tärkeä tehtävä ja se voi mahdollisesti vahvistaa vanhempien voimavaroja. (Lehto 2004, 23–26.) Sairaanhoitajan onkin hyvä tuntea tavallisimmat lastentaudit ja niiden hoito, jotta hän osaa ohjata vanhempia lapsen hoidossa (Ivanoff ym. 2007, 130). Lasten vanhemmista huolehtimista ei ole huomioitu hoitosuunnitelmissa, vaikka se sairaanhoitajien mielestä on osa heidän työtään (Lehto 2004, 28).

3.3 Triagehoitaja

Useimmissa maissa päivystyspoliklinikalle saapuvan potilaan hoidon tarpeen arvioinnin eli triagearvion tekeminen kuuluu rekisteröityneille hoitajille, jotka ovat kokeneita päivystyspoliklinikan hoitajia. Kokenut triagehoitaja osaa nopeasti ja

tarkasti tunnistaa potilasjoukosta ne, joiden tila vaatii välitöntä hoitoa. (Sopanen 2009, 64.) Potilaan ilmoittautumisen yhteydessä sairaanhoitaja arvioi potilaan oireet, hoidon tarpeen ja hoidon aloittamisen kiireellisyyden. (Kantonen & Lajunen 2010, 7.)

Triagehoitajan hoidon tarpeen arvioinnin osaamistaso voidaan jakaa karkeasti kolmeen tasoon: ensimmäisellä tasolla hän on aloittelija tai noviisi, toisella tasolla pätevä ja kolmannella tasolla asiantuntija tai ekspertti arvioimaan potilaan hoidon tarvetta. Hoidon tarpeen arvioinnin noviisivaihe kestää vähintään yhden vuoden. Noviisivaiheen jälkeen sairaanhoitajalla ei välttämättä ole vielä riittävää kokemusta arvioinnista kaikissa mahdollisissa oireissa ja sairauksissa. Systemaattisesti useita kertoja vuodessa tapahtuva osaamisen arviointi yhdessä jatkuvan täydennyskoulutuksen kanssa mahdollistavat muutamassa vuodessa sairaanhoitajan kehittymisen pätevän arvioitsijan tasolle. Asiantuntijatasolle kehittymisen kestää vähintään viisi vuotta. Tällöin triagehoitaja hallitsee erilaiset asiakkuudet ja pystyy hoitamaan eri potilasryhmät lääketieteen erikoisalojen mukaisesti, ottaen huomioon myös potilaan elämänkaaren. Asiantuntijana sairaanhoitaja pystyy kouluttamaan aloittelijoita. (Syväoja & Äijälä 2009, 212–213; Benner 1993, 33–44.)

3.4 Eettinen osaaminen lasten hoitotyössä

Eettinen osaaminen ja kyky tunnistaa eettisiä ristiriitoja ovat osa ammatillista osaamista. Ammattietikassa on kyse siitä, miten ammattilaiset toimivat ja miten heidän tulisi toimia työssään. Eettisiä ongelmia kohdatessa tarvitaan tieteellistä tietoa ja ammattiosaamista. Ammattiosaaminen kehittyy kokemuksen myötä. Eettinen herkkyyks on taitoa tunnistaa ihmisten erityispiirteitä, tarpeita ja oikeuksia. Eettistä herkkyyttä omaava ihminen osaa huomioida, mikä on toiselle parhaaksi ja oikeudenmukaista. Eettinen herkkyyks on myös tilannesidonnaista ja siihen tarvitaan eettistä motivaatiota. Jos ammattilainen tuntee suurta empatiaa tai vastaavasti inhoa toista osapuolta kohtaan, voi se vaikuttaa hänen päätöksentekoonsa. Toiset ihmiset ovat herkempiä tunnistamaan tilanteiden moraalisia vihtejä, kun toiset taas keskittyvät enemmän tilanteiden tekniseen puoleen ja osalta

ihmisistä puuttuu kokonaan eettinen motivaatio. (Juujärvi ym. 2011, 7, 9-10, 16, 21–22, 26.)

Eettiset kysymykset koskettavat kaikkea ammatillista toimintaa, myös triagetointia. Hoidon tarvetta arvioitaessa eettisyys näkyy yhteisesti sovitussa käytännössä triagejärjestelmää toteuttaessa. Yhteiset toimintamallit voivat helpottaa hoidossa tehtyjen ratkaisujen perustelemista potilaille ja heidän omaisilleen. (Kanttonen & Lajunen 2010, 8.)

Lasten ja nuorten hoitotyössä eettisiä periaatteita ovat hyvän tekeminen, vahingosta pidättäytyminen ja oikeudenmukaisuus. Lapsen hoitotyössä aikuinen on se, joka takaa lapsen turvallisuuden hoidollisessa ympäristössä. Lapsen mielipide tulee huomioida hoidossa hänen kehitystasonsa mukaisesti. Lasten hoitaminen ja heidän kanssaan kommunikointi vaatii erityistä ammattiosaamista. Eettisiä ongelmia voi lastenhoidossa helposti syntyä, jos vanhemmat vaativat lapselleen erilaista hoitoa kuin ammattilaiset ovat suunnitelleet. (Leino-Kilpi 2014. 219–220, 225) Vanhemmat voivat esimerkiksi kokea, että triageluokitus ei heidän mielestään vastaa lapsen oireiden vaatimaa luokitusta, vaikka ammattilaiset ovat laa-
tineet potilaan luokituksen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sanoo, että jos lapsi kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa kanssa. Lapsella on myös oikeus kieltää hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

4 JORVIN LASTEN PÄIVYSTYS TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ

Jorvin lasten päivystyspoliklinikka on osa HYKS lasten ja nuorten toimialaa, ja siellä hoidetaan alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria. Potilaita tulee lähetteellä Espoon, Kauniaisten, Kirkkonummen, Lohjan, Vihdin, Karjalohjan, Karkkilan, Nummi-Pusulan ja Siuntion alueilta. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a.) Vuonna 2015 poliklinikalla oli potilaita yhteensä noin 22 000, joista yleislääketieteen potilaita oli noin 13 500, kirurgian potilaita 1 700 ja pediatrian potilaita noin 6 600. Päivystyspoliklinikalla on kaikilta erikoisaloilta oma sairaanhoitajan vastaanotto. Vuonna 2015 sairaanhoitajien vastaanotolla kävi 1 500 potilasta, joista 1 400 potilasta kävi yleislääketieteen sairaanhoitajan vastaanotolla. Nämä potilaat eivät välttämättä tarvinneet lääkärin arviota hoitokäyntinsä aikana. (Rantala 2016.)

Jorvin lasten päivystyspoliklinikalla työskentelee 19 sairaanhoitajaa, joista triagehoitajina toimii 17. Poliklinikalla on laadittu omat kriteerit, joiden mukaan triagehoitajina toimivat sairaanhoitajat voivat toimia hoidon tarpeen arvioijina. (Janhunen 2016.)

Jorvissa triagehoitaja, joka ottaa lapsipotilaan vastaan toteuttaa mallia, jossa hoidon tarpeen arvio tehdään muutaman minuutin aikana lasta ja vanhempia haastatteleamalla, havainnoimalla ja tutkimalla lasta sekä keräämällä esitietoja hänen saattajalta. Tarvittaessa sairaanhoitaja voi konsultoida kollegaansa tai lääkäriä. Arvion jälkeen sihteeri kirjaa sairaanhoitajan ohjeen mukaan potilaan tulosityyn ja triageluokituksen. Hoidon tarpeen arviossa potilaat määritellään eri triageluokkiin ja sen lisäksi kirurgian, pediatrian tai yleislääketieteen erikoisalalle joko sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. (Gharbi & Janhunen 2013, 2.)

4.1 ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hanke

Jorvin lasten päivystyksessä toteutetaan syyskuun 2014 - toukokuun 2016 välisenä aikana ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hanke, jonka

tarkoituksena on ottaa käyttöön resurssipohjainen hoidon tarpeen arviointijärjestelmä lasten päivystykseen. Tavoitteena hankkeella on selvittää ja arvioida ABCDE-ryhmittelyn ja ESI-luokittelun yhteyttä lapsipotilaan kulkuun päivystyksessä. (Ahjoniemi, Appelroth & Janhunen 2015, 1-2.)

Hankkeeseen kuuluu viisi tuotosta. Ensimmäinen niistä kuvailee hoidon tarpeen arvioinnin nykytilaa ja se toteutetaan ylemmän ammattikorkeakoulun, Arcadan opinnäytetyönä. Toinen tuotos on ohjeistus uusitusta hoidon tarpeen arvioinnista, joka perustuu ESI-triagejärjestelmään. Kolmas tuotos on Jorvin lasten päivystyksen henkilökunnan koulutussuunnittelu ja sen toteutus. Neljäntenä tuotoksena on ESI-triagen käyttöönoton arviointi ja se toteutetaan ylemmän ammattikorkeakoulun, HAMK:n opinnäytetyönä. Viidentenä tuotoksena on tämä Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö hoitajien kokemuksista triagetoiminnan muutoksessa. (Ahjoniemi ym. 2015, 3-4.)

Hanketta seuraa ja arvioi ohjausryhmä, joka on koottu HUS lasten- ja nuorten tulosyksikön yleispediatrian hoitotyön ja lääketieteen johtajista. Hankkeen työryhmä raportoi ohjausryhmälle ja seurantakokouksia pidetään säännöllisin väliajoin. (Ahjoniemi ym. 2015, 6.)

4.2 ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä –hankkeen koulutuspäivä

Ennen ESI-triagen pilottijaksoa Jorvin lasten päivystyksen triagehoitajille järjestettiin koulutus uuden triagejärjestelmän käytöstä eli toteutettiin hankkeen kolmas tuotos. Koulutus järjestettiin kahtena erillisenä päivänä niin, että kaikki osaston triagehoitajat pääsivät osallistumaan. Meidätkin kutsuttiin toiseen koulutuspäivään, johon osallistuimme lokakuussa 2015.

Koulutuspäivä oli jaettu kahteen osaan. Aamupäivällä käytiin läpi ESI-triagea järjestelmänä. Osallistujille oli tehty havainnollistava koulutusmateriaali, jossa ESI-järjestelmää oli eritelty taulukoihin ja kaavioihin. Järjestelmän esittelyn jälkeen

käytiin läpi potilasesimerkkejä ja osallistujien tuli ryhmänä miettiä, mihin ESI luokkaan esimerkin potilas kuuluisi. Aamupäivän koulutukseen kuului kaksi lääkärin pitämää luentoa. Aiheet liittyivät triagejärjestelmän toteuttamiseen ja siihen, millä perusteella potilaita tulisi lähettää toisen erikoisalan vastaanotolle tai minkälaisissa tilanteissa tulisi konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäriä.

Iltapäivä koostui erilaisten potilasesimerkkien läpikäymisestä ja lääkärin luenosta. Osallistujat jaettiin pareiksi ja taululle laitettiin ylös kunkin parin ehdotus potilasesimerkkien ESI-triageluokasta. Jos osallistujilla oli eriäviä mielipiteitä muiden parien kanssa, tilanteista keskusteltiin ja kaikki saivat perustella omia valintojaan.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS

Tämä tutkimus liittyy Jorvin lasten päivystyksen kehittämishankkeeseen ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä. Tämä opinnäytetyö on hankkeen viides tuotos, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista ja triagejärjestelmän muutoksesta Jorvin lasten päivystyspoliklinikalla. Tavoitteenamme on saada sairaanhoitajien ääni kuuluviin. Lisäksi tutkimme haastattelun avulla sitä, huomioidaanko päivystystoiminnassa tai ESI-triagejärjestelmän käytössä potilaiden ja heidän vanhempiensa henkistä tai hengellistä puolta ja onko ESI-triagessa eettisiä haasteita ja millaisia nämä haasteet ovat.

5.1 Laadullinen tutkimus

Tämä tutkimus on toteutettu laadullisena tutkimuksena. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on aina asian syvempi ymmärtäminen ja sen kuvaaminen. Laadullinen tutkimus sopii kuvaamaan tutkimuskohdetta, josta ei juuri tiedetä tai kuvaamaan ihmisten asenteita. (Aira 2005, 1073–1074.) Laadullisessa tutkimuksessa käytetään aineistonkeruumenetelmänä haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 18–19.) Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi haastattelun, sillä ajattelimme sen soveltuvan parhaiten tutkimuksemme tarkoitukseen ja saavamme sen avulla parhaiten vastauksen tutkimuskysymykseemme. Haastattelu mahdollistaa myös tarkentavien lisäkysymysten tekemisen, jonka arvioimme tarpeelliseksi.

Laadullisessa tutkimuksessa halutaan selvittää totuus tutkimuskohteena olevasta asiasta. Keskeistä laadullisessa tutkimuksessa on induktiivisuus eli tehdään havaintoja yksittäisistä tilanteista, joista rakennetaan sen laajempi kokonaisuus. Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruun kannalta on tärkeää, että kysymykset ovat tarpeeksi avoimia. (Kylmä & Juvakka 2007, 16, 22.) Opinnäytetyön aineisto hankittiin ryhmähaastatteluilla ja aineisto analysoitiin teemoittelemalla. Tutkimukssamme kysymyksiin vastataan subjektiivisesta näkökulmasta, eli tutkimme miten sairaanhoitajat kokivat triagetoiminnan muutoksen.

Tutkimuksen tulokset ovat sidoksissa haastateltavien ammatillisuuteen ja asenteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 28).

5.2 Ryhmähaastattelu

Haastattelulla tarkoitetaan tilannetta, jossa haastattelija esittää kysymykset ja merkitsee tiedonantajien vastaukset muistiin. Haastattelumenetelmän etu on joustavuus, haastattelijalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua tiedonantajien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–73.) Haastateltavat ovat tiedonlähteitä ja tutkija voi kysymysten ja teemojen avulla kannustaa heitä puhumaan rajatusta aiheesta (Ruusuvuori & Tittula 2005, 23). Haastattelu on aina vuorovaikutustilanne. Meillä haastattelussa oli käytössä neljä avointa kysymystä jotka käsittelivät ennalta määritettyjä teemoja. Rakensimme teemahaastattelun kysymykset (Liite 2) perustuen tutkimuskysymykseen (Liite 2).

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa kysymykset ovat ennalta valmisteltu, mutta vastaukset voivat olla avoimia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Apukysymysten luominen ja tärkeiden asioiden listaaminen saattaa helpottaa haastattelutilanteen jäsentämistä, mutta täytyy huomioida, etteivät apukysymykset ohjaa haastattelua liikaa. Huomasimme lisäkysymysten tarpeen, kun vastaukset jäivät lyhyiksi ja kaipasimme lisää tietoa. Lisäkysymyksien avulla saimme laajempia vastauksia.

Laadullisessa tutkimuksessa on hyvä, jos haastateltavat tietävät aiheesta paljon ja heillä on kokemusta siitä. Tutkimuksen tekijä voi päättää, miten valitsee haastateltavan joukkion. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Valitsimme haastateltavat Jorvin lasten päivystysosaston sairaanhoitajista, jotka osallistuvat triagehoidon toteutukseen ja sen muutokseen. Sairaanhoitajat ilmoittautuivat haastateltaviksi vapaaehtoisesti ja vastasivat haastattelutilanteessa ennalta määrättyihin kysymyksiin keskustellen ryhmässä, kuitenkin annettujen teemojen rajoissa.

Ryhmähaastattelu voi olla joko avoimemmista kysymyksistä rakennettu ja edetä ryhmän viemään suuntaan tai olla tarkasti rajatuista kysymyksistä tehty, ohjattu tilanne (Kylmä & Juvakka 2005, 84.) Ryhmähaastattelun hyvä puoli on, että sillä saadaan nopeasti tietoa useilta henkilöiltä samanaikaisesti. Asioita ja muiden ajatuksia voi vapaasti kommentoida ja toivotaankin, että haastattelukysymyksistä herää keskustelua. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.)

Ryhmähaastattelun haasteita ovat, jos kutsutut haastateltavat eivät tulekaan paikalle tai jos ryhmädynamiikka ei toimi. Kaikkien toivotaan pääsevän ääneen ja onkin haastattelijan vastuulla, että kaikki haastatteluun osallistuvat otetaan huomioon. Ryhmähaastattelussa äänitys voi olla myös haasteellista. Ihmiset puhuvat eri äänenvoimakkuuksilla ja mikrofoni täytyy sijoittaa tilaan siten, että kaikkien äänet tallentuvat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 62–63.)

5.3 Aineistonkeruu

Sovimme opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmästä, sen käytännön toteutuksesta eli ryhmähaastattelusta ja työn aikataulusta yhteistyössä ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä – hankkeesta vastaavan sairaanhoitajan kanssa. Opinnäytetyön aineistonkeruu eli haastattelut toteutettiin yhteistyössä Jorvin sairaalan lasten päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien ja osaston esimiehen kanssa.

Haimme tutkimuslupaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Meille myönnettiin tutkimuslupa joulukuussa 2015. Tämän jälkeen lähetimme Jorvin lasten päivystyspoliklinikalle haastattelumme rekrytointikirjeen, jossa kerroimme opinnäytetyöstämme ja pyysimme hoitajia ilmoittautumaan ja osallistumaan haastateltaviksi. Osastolla työskentelevä sairaanhoitaja ja ESI-triagehankkeesta vastaava henkilö välitti osastolle nähtäväksi haastattelua varten tekemämme rekrytointikirjeen, jossa olevien yhteystietojen kautta vapaaehtoiset triagehoitajat ilmoittautuivat haastatteluun sähköpostitse. Haastattelukysymykset (Liite 2) laadimme yhdessä hankkeen vastuuhenkilön kanssa. Haastattelun pääteemana oli

triagetoinnin muutos ja muita teemoja olivat positiiviset, negatiiviset ja kehitettävät asiat muutoksessa ja eettisyys ja hengellisyys triagetoinnissa. Ennen haastattelua lisäsimme haastattelukysymyksiin vielä tarkentavia lisäkysymyksiä.

Haastateltavaksi meille ilmoittautui yhteensä viisi sairaanhoitajaa. Ensimmäisessä haastattelussa mukana oli kaksi ja toisessa haastattelussa kolme triagehoitajaa. Kaikki haastateltavat olivat naisia. ESI-triagen pilottijakso oli osastolla lokakuussa-marraskuussa 2015, jonka jälkeen järjestelmä jäi toistaiseksi käyttöön. Haastattelut toteutettiin keväällä 2016. Haastattelut kestivät kahdestakymmenestä minuutista puoleen tuntiin. Toinen kirjoitti muistiinpanoja ja toinen esitti haastattelukysymyksiä. Molemmat esitimme haastateltaville tarkentavia lisäkysymyksiä.

Toteutimme opinnäytetyön haastattelut teemahaastattelun rungolla ryhmähaastatteluna. Toteuttaessamme haastatteluja sijoitimme haastateltavat vierekkäin ja istuimme itse heitä vastapäätä. Tilat olivat onneksemme pienet, joten ääni ei hukunut tilaan, vaan kaikki saatiin tallennettua nauhalle. Molemmat haastattelut äänitettiin kahdella puhelimella, jotka oli sijoitettu tutkijoiden ja haastateltavien väliin pöydälle. Välillä haastateltavat puhuivat päällekkäin, mikä hankaloitti äänityksen litterointia. Suurimmaksi osaksi haastattelutilanne oli kuitenkin toimiva ja kaikki osallistuivat tasapuolisesti.

Haasteeksi haastattelutilanteissa osoittautui se, kun kaikki osallistujat eivät päässeet paikalle, vaan kaksi osallistujista oli sairaana ensimmäisen haastattelun aikana. Tilanne korjautui sillä, että yksi päivystyspoliklinikan sairaanhoitaja oli varautunut osallistumaan haastattelutilanteeseen spontaanisti. Haastattelutilanteissa havainnoimme myös ryhmädynamiikkaa ja huomasimme sen vaikuttavan haastatteluiden kulkuun ja tuloksiin.

Tutkimuksen tekijän on suojeltava haastateltavien anonymiteettia ja hän on vastuussa äänitteiden säilyttämisestä. Aineisto ei saa joutua ulkopuolisten käsiin tai haastateltavat eivät saa olla tunnistettavissa tiedostosta. (Kylmä & Juvakka 2005, 111.) Säilytimme äänitetyt haastattelut puhelimessa suojakoodin takana litteroinnin ajan. Litteroinnin jälkeen äänitteet poistettiin molemmista puhelimista.

5.4 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto tulee analysoida, jotta siitä saadaan tulokset esille. Analysoimme aineistomme teemoittelemalla sen sisältölähtöisesti. Aineiston analysointi voidaan nähdä kaksivaiheisena prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa eli analyysivaiheessa aineisto puretaan osiin. Toinen vaihe on tulkintavaihe, jolloin analysoitavasta aineistosta muodostetaan uudenlainen kokonaisuus. Oleellista on, että aineisto tiivistyy ja aineistosta löytyy ilmiöitä tutkittavasta aiheesta. (Kylmä & Juvakka 2005, 112–113.)

Tutkimusaineiston puhtaaksikirjoittaminen eli litterointi on aikaa vievää, mutta aineiston analysoinnin kannalta tärkeä työvaihe. Litteroitaessa pyritään säilyttämään haastateltujen henkilöiden sanoma mahdollisimman todellisena, sellaisena miten he ovat sen sanoneet. Aineistoa käsiteltäessä on myös huomioitava, ettei sisältö muutu. (Kylmä & Juvakka 2005, 110–111.) Opinnäytetyön haastattelut litteroimme sanatarkasti ja aineistoa kertyi 16 sivua fontilla Arial, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Litteroidessamme aineistoa emme erotelleet tai koodanneet sairanhoidajia, vaan erottelimme vain omat kysymyksemme. Koodaamista emme kokeneet tarpeelliseksi, sillä se ei ollut oleellista tulosten kannalta. Aloitimme aineiston analysoinnin vasta, kun molemmat haastattelut oli tehty ja aineistot litteroitu.

Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja uudelleen ryhmitelystä erilaisten aineistosta löytyvien aihepiirien mukaan. Aineistosta etsitään teemoja eli aiheita, jotka vastaavat tutkimuskysymykseen. Tämä mahdollistaa myös aineiston teemojen esiintyvyyden vertailua. Teemoittelu sopii hyvin teema-haastattelun aineiston analysointiin, sillä haastattelurunko saattaa muodostaa jäsennystä aineistoon ja helpottaa näin teemoittelua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Tämän perusteella päätimme analysoida aineistoin teemoittelemalla.

Analysoidessamme aineistoa käytimme apuna värikoodeja ja leikkaa-liimaa toimintoa. Luimme aineistoa läpi ja erotimme sieltä viisi pääteemaa, joille kaikille annoimme omat värikoodit. Maalasimme kuhunkin teemaan kuuluvat sitaatit

omalla värillään, jonka jälkeen erottelimme ne erilleen tekstistä kunkin pääteeman otsikon alle. Pääteemoiksi muodostui haastattelukysymysten pohjalta hyväksi koetut asiat triagejärjestelmän muutoksessa, haastavaksi koetut asiat muutoksessa, neutraalit asiat muutoksessa, kehitettävät asiat ESI -tragejärjestelmässä sekä hengellisyys ja eettisyys triagessa. Pääteemojen muodostumisen jälkeen erottelimme vielä alateemat, jotka avasimme sitaattien avulla. Teemoittelusta teimme havainnollistavan mallin (Liite 3).

6 TULOKSET

6.1 Hyväksi koettuja asioita triagejärjestelmän muutoksessa

Ensimmäiseksi pääteemaksi haastatteluiden pohjalta tuli hyväksi koetut asiat triagejärjestelmän muutoksessa. Tälle teemalle muodostui seuraavia alateemoja: turvallisuuden tunteen lisääntyminen, lisääntynyt vitaalielintoimintojen mittaaminen, potilaiden triageluokittelu, hoidon suunnittelu ja yhtenäisemmät hoitokäytännöt.

Sairaanhoitajat toivat haastattelussa esille, että ESI-triagen käyttöönoton myötä vitaalielintoimintojen seuranta eli verenpaineen, lämmön, happisaturaation ja hengitystiheyden mittaaminen potilailta on lisääntynyt. Rutiininomaisen vitaalielintoimintojen mittaamisen lisääntyminen koettiin positiiviseksi asiaksi ja sen avulla potilaista saatiin parempi kokonaiskuva nopeasti. Jatkuva vitaalielintoimintojen mittaaminen saattoi joidenkin mielestä hidastaa triagen tekemistä, mutta se kuitenkin nopeutti potilaan hoitamista sairaanhoitajan vastaanotolla.

Ja kyllähän se (ESI-triage) vaikuttaa vitaalien ottoon ja myös triagen tekoon, että nopeuttaa siihen toiseen suuntaan.

Lisääntyneen vitaalielintoimintojen mittaamisen koettiin myös luovan turvallisuutta sekä potilaalle että sairaanhoitajalle. Sairaanhoitajan ei tarvitse itse päättää mittaako hän potilaalta vitaalielintoimintoja, vaan ne mitataan kaikilta kriteerien mukaan. Yksi haastateltavista toi esille, että on ollut hyvä, kun ESI järjestelmä on ylipäänsä tuonut mukanaan lisääntyneitä vitaalielintoimintojen mittaamista. Vitaalielintoimintojen seurannalla saadaan tietoa potilaan tilan kehittymisestä.

Vitaalien otto luo turvallisuutta et se ei oo siit kiinni että hoitaja omasta mielestään miettii et mitä pitäis ottaa, vaan tietyllä kriteeristöllä otetaan kaikista.

Vitaaleitten ottaminenki on semmonen et se niinkun mun mielestä se tuo aina potilaalle turvallisuutta lisää.

ESI tuo tullessaan muutenki vitaaleitten ottamista lisää joka on sit niinku potilaalle parhaaks.

ESI-triagen koettiin jaottelevan potilaita niin, että hoitajien ja lääkäreiden on helppo nähdä ESI-luokan perusteella minkälaista hoitoa potilaat tarvitsevat. Yksi haastateltavista toi esille, että potilaan ESI-luokan perusteella pystyy esimerkiksi varautumaan ja ennakoimaan jos jonkun potilaan hoitoon menee paljon aikaa.

Siitä voi jotain nähdä, et sit voi joku lapsi työllistää tosi paljon, jos se tulee korkeel luokituksella ni kyllähän sit tietää et se työllistää.

Ja sit jos näkee et on kolme ESI 5 (potilasta) ni lääkäritki on tottunut jo kattoo et ”ai jaa näist tuleeki ehkä pikalabrat tai jotain” et läpime-noaika on paljon kevyempi sillon.

Sairaanhoitajat ajattelivat, että ESI-triagen käyttöönotto yhtenäistää päivystysten hoitokäytäntöjä, kun kaikki yksiköt voivat käyttää samaa järjestelmää. Heidän mielestään potilaiden hoidon tarpeen arviointi ei ole muuttunut sen nopeammaksi tai helpommaksi ESI-triagen myötä, kuin se oli ABCDE-järjestelmää käyttäessä.

Se aika on sama mikä menee siinä vanhan mallin mukaa triagoi-malla.

En mä tiää onks se nopeuttanu sitä triagee ollenkaa.

Sairaanhoitajat kokivat kollegoilta saadun tuen tärkeäksi. Hyväksi koettiin osas-tolla järjestetty koulutus ESI-triagesta ja sairaanhoitajat kokivat olleensa hyvin perehdytettyjä uuden järjestelmän käyttöön.

Ja siis kollegoilta saatu tuki ja turva ja apu on kyllä kans ihan parasta.

Kyl mä sanoisin et ne koulutuspäivät oli hyvät.

6.2 Haastavaksi koettuja asioita triagejärjestelmän muutoksessa

Toisena teemana haastatteluista nousi haastavaksi koetut asiat triagejärjestelmän muutoksessa. Tämä teema muodostui seuraavista alateemoista: järjestelmään sopeutuminen ja ennakkoluulot, epäselvyys järjestelmän käytöstä, osaston resurssien riittämättömyys ja potilaan vointi.

Haastavaksi tai vaikeaksi sairaanhoitajat kokivat sen, että uuteen järjestelmään sopeutuminen vei paljon aikaa. Aluksi apuna oli käytettävä paperia, johon oli eritelty ESI -luokat ja kriteerit, joiden mukaan potilaat kuhunkin luokkaan sijoitetaan. Sairaanhoitajat toivat esille, että he olivat muutoksen alussa hyvin ennakkoluuloisia uutta järjestelmää kohtaan.

Meni tosi kauan aikaa ennenku sopeutu.

Kyl mä alkuun tivasin sitä listaa oikeesti niinku varmaa muutki, että onks tää nyt resurssia, ääneen niinku mietti - - selkeytti sitä omaa ajatustaki.

Mulla ainakin oli hirveen negatiivisia ajatuksia sillon alkuun.

Mä oon vähä samoilla linjoilla et eka vähän negatiivisesti suhtautu.

Haastattelussa ESI-järjestelmää verrattiin ABCDE-järjestelmään ja koettiin hankalaksi esimerkiksi kiireellisyyden hahmottaminen. Sairaanhoitajat toivat esille, että kaikkia ABCDE-järjestelmässä olleita kiireellisyysluokkia ei löydy vastaavalaisina ESI-järjestelmästä, jonka vuoksi luokittelu koettiin suppeammaksi.

Semmonen C-kohta, mikä oli tunnin odotus ni sitä ei oo ollenkaa -.- et siinä ei niinku sellasta välimuotoa oo. Et jos se ei oo ESI 1 tai 2 ni sit sil ei oo muka kiire.

Se (ABCDE-järjestelmä) oli niinku kiireellisyys sidottu ja täs nyt lasketaan näitä resursseja.

Sairaanhoitajat pohtivat, ottaako uusi triagejärjestelmä varsinaisesti huomioon lapsen todellista vointia vai keskittyykö se liikaa hoitotoimenpiteisiin ja resurssien

laskemiseen. He miettivät myös, kertovatko potilaan tarvitsemat hoitotoimenpiteet tai konsultaatiot todellisuudessa potilaan voinnista tarpeeksi. Sairaanhoidajat ajattelivat myös ESI-triagessa olevan puutteita resurssien kohdalla. Toimenpiteet jotka olisivat hoitajien mielestä laskettavissa resursseiksi, eivät ohjeistuksen mukaan ole laskettavia resursseja.

Laskee niinku näit hoitotoimenpiteitä mitä se lapsi tarvii eikä me arvioida sitä sen vointia.

...et jääks siin sit niinku ne semmoset ”huonot lapset” sellaset salakavalat huonot lapset piiloon, että ku lasketaa et tää tarvii röntgenin, labrat ja tää tarvii hirveesti mutta et kertooks se sen voinnista.

Ja et niinku me kaikki ollaa varmaa samaa mieltä, et kaikki mitkä ei oo resursseja ni ne kuuluis olla.

Haastavaksi koettiin hoitajien puolelta myös se, etteivät osaston resurssit ole parhaat mahdolliset ESI-triagen toteuttamiseen. Erityisesti kaivattiin lisää seniorilääkäreitä. Päivystyskulttuuri koettiin yleisesti ottaen Suomessa sellaiseksi, että nuoret lääkärit joutuvat tekemään päivystyksessä päätöksiä ilman riittävää tukea kokeneemmalta seniorilääkäriltä.

Ei ehkä ihan niiku näil resursseil mitä on ni ei sit tuu niinku eduksee se luokittelu.

Vaatis vähän kokemusta ja tietotaitoo mut sitten siinä on eturintamassa nuorimmasta ja kokemattomammasta päästä olevia lääkäreitä ni ei voi ehkä niiltä odottaakkaan että hallitsis sitte tämmöistä niinku ison alueen kokonaisuuden hallitsemista.

Meidän (osaston) resurssit eivät ole optimaaliset tuohon ESIn toteuttamiseen.

6.3 Kehitettävää ESI-triagejärjestelmässä

Kolmantena teemana haastattelussa oli ESI-triagen kehitettävät asiat. Tämän teeman alateemoiksi muodostui hoidon kiireellisyyden arvioinnin ohjeistus eri potilaiden kohdalla, huonokuntoisten potilaiden erotteluun vahvemmin muusta potilasmassasta ja käytännön järjestelyt.

Suurin käytännön työtä koskeva kehittämisen kohde ESI-triagessa oli haastatteluiden mukaan hengitystiheyden mittaamisen tarpeellisuus. Se koettiin tarpeettomaksi esimerkiksi tilanteessa, jossa potilaalla on murtunut jalka, mutta hän on muutoin hyvävointinen. Sairaanhoitajat ehdottivat, että hengitystiheyden sijasta potilaalta voitaisiin kysyä esimerkiksi kiputilannetta asteikolla 1-10.

Sitä et miks pitää laskee se hengitystiheyski.

Et jos siihen tulis vaikka et kysyttäs VAS:sia (visual analogue scale, kivun arvioinnin mittari), siinä sen hengitystiheyden sijasta.

Pitäis niit muokkaa niitä siinä triagessa sitte niitä tiettyjen potilaitten kohalla et ku lasketaa niitä resursseja ja on sovittu et ESI kolmosessa otetaa ne kaikki vitalit niin joskus se ESI kolmosen kriteerit täytyy mutta ei kyllä niinku millään tuu kuitenkaan sillee, että hengitysfrekvenssii myöten tarvis ottaa siitä potilaasta vitaaleja.

Sairaanhoitajat toivat haastattelussa useasti esiin sen, että ESI-järjestelmässä tulisi kehittää sitä, miten saataisiin huonovointinen potilas paremmin esille niin, ettei hän hukkuisi muuhun potilasmassaan, jotka ovat samassa ESI -luokassa.

Kehittää sitä miten sen niinku sen vähän huonomman potilaan sais sielt enemmän jotenki esille.

Tosi huonon potilaan joka tos luukul pääsee sillee silmien ohi ja käsien ohi ni sen jotenki et miten sen sais sieltä ehkä sit vähän niin ku tälläset varo potilaan enemmän esille.

Hengitysvaikeuspotilaan kohdalla sairaanhoitajat kokivat, että ESI-järjestelmä ei ole paras vaihtoehto. Heidän mielestään hoidon tarvetta arvioivien luokkien vähäisyys voisi olla hoitajien mukaan myös kehittämisen kohde erityisesti ESI 2- ja ESI 3 -luokkien välille kaivattiin välimuotoa.

Se mitä potilasryhmää toi ei niiku palvele mun mielestä on noi hengitysvaikeuspotilaat

Ei oo sitä kiireellisyysluokitusta sen kakkosen jälkee ollenkaa.

Sairaanhoitajat kaipasivat lisää lääkäriresursseja potilaiden hoitamiseen. Haastattelussa puhuttiin siitä, että ESI 1-, 2- ja 3 -ryhmään kuuluvat potilaat vievät paljon aikaa ja resursseja, jolloin nopeahoitoiset ESI 5 -ryhmän potilaat joutuvat odottamaan tarvitsemaansa hoitoa kohtuuttoman kauan. Hoitavalta lääkäriltä kaivattiin tietoa ja taitoa hahmottaa kokonaistilanne ja kykyä tehdä sen perusteella päätöksiä siitä, että hän kykenisi hoitamaan potilaita limittäin eri luokista. Toisena ehdotuksena sairaanhoitajat ehdottivat, että tarvittaisiin lääkäri joka purkaisi kiireettömien potilaiden jonoa.

Se vaatis vähä lisää lääkäriresursseja et myös palvelis enemmän et nimeomaan pitäis olla yks viel joku sellanen akuuttilääkäri tai muu joka pystyy esim. niitä ESI vitosia veis sitte nopeesti sieltä ja kattois eteepäin.

...että tietysti sitä lääkäriresurssia sitten että se toimis paremmin että tossa varsinkin niinkun erikoissairaanhoidon puolella että ois semmonen lääkäri joka siellä sais niinku sitä jonoa purettua. Niitä ESI vitosia katottua sieltä pois eikä sillä tavalla että ne siellä roikkuu aina hännillä ku tulee ESI kakkosia ja muuta siihen koko ajan.

ESI-järjestelmän mukanaan tuoma vitaalielintoimintojen mittaus nähtiin vielä kehittämisen aiheena siten, että sitä vietäisiin hoidossa myös muualle kuin pelkästään luokittelun hetkeen.

Niitä pitäis niinku kehittää muutenki vitaalien otto, mitkä kuuluu meillä esimerkiks hengitysvajauspotilaan seurantaan - - ehkä se toivon mukaan auttaa sitte ajattelemaan sitä et se ei oo pelkästään sääntulo, vaan myös hoidon aikana olevaa vitaalien seurantaa,

koska siellähän pitäis tehdä sitä niin sanottuja tilannekatsausta koko-ajan koko hoidon aikana et muuttuuko se tilanne mihinkään eteenpäin. Huononeeko vai paraneeko niin niillä vitaalien otolla sitte tarkennetaan se, että onko se mikä suunta.

Koska ESI –järjestelmässä ei ole määritelty hoidon aloitusaikaa ESI 3 ryhmän potilaille, sairaanhoitajat toivat esille sitä, että he joutuvat välillä seurailemaan ja tarkistamaan potilaiden vointia odotustilassa. Hoitajia pelotti se, että huonovointiset potilaat näyttäytyvät hoidon luokittelun hetkellä hyvävointisina ja heidän vointinsa romahtaakin lääkäriä odottaessa.

...jos mä oon vähänki huolissaan siitä lapsesta tai sen voinnista ni kyl mä käyn sitä vaikka puolen tunnin väleinki kattomassa, sitte että tarttisko se nyt kiireellisempää arvioo sitte niin.

6.4 Hengellisyys ja eettisyys triagessa

Neljäntenä teemana haastatteluissa kysimme hengellisyydestä ja eettisyydestä hoidon tarpeen arvioinnissa. Tämän teeman alateemoiksi muodostui järjestelmän tasapuolisuus ja potilaan henkisen hädän huomioinnin puuttuminen laskettavista resursseista.

Sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, ettei triagehoidossa huomioida ihmisen henkistä puolta, eikä henkisen avun tarvetta ole määritelty järjestelmässä resurssiksi. Heidän mielestään sen ottaminen resurssiksi ei ole edes tarpeellista. Sairaanhoitajat kokivat, että ahdistuneisuuden vuoksi päivystykseen hakeutunut potilas voi saada hoitajilta tukea. Hänen hoitonsa pyritään aloittamaan mahdollisimman nopeasti, sillä ahdistunutta potilasta ei voi jättää pitkäksi aikaa odottamaan vastaanottoa. Kuitenkin potilaan tai potilaan läheisten tulee usein tehdä itse selväksi, jos he tarvitsevat erityistukea jaksamisessa.

...(hoitajat) osata edes kysyä välttämättä, jos se ei niinku perhe siitä puhu, et kylhän jotkut perheet niinku puhuu pahasta olostaan ja ja niinku sillai mut sit tieteenki yritetään heitä auttaa yritetään keksiä keinoja tai väyliä miten he saisi apua.

Se triagehoitaja tekee vaan sen niinku pika-analyysin siinä ja sit vast ku se hoitaja menee ni sit se vast tulee tälläset asiat sielt mun mielestä enemmän esille niinku kaikki vanhempien väsyneisyys...

Triagetoimintaa toteuttavat sairaanhoitajat saattavat, etenkin näin uuden järjestelmän käytön alkuvaiheissa, keskittyä enemmän hoidon teknisiin puoliin ja resurssien laskemiseen, kuin huomioimaan hoidon eettisiä puolia. Esimerkiksi se, kuka saa ensimmäisenä hoitoa, menee puhtaasti ESI-järjestelmän kriteereiden mukaan. Jos sairaanhoitajalla on herkkyyttä huomata vanhempien huoli ja hätä tai potilaan oma pelko, hän saattaa luokitella potilaan kiireellisempään luokkaan, kuin pelkkien resurssien takia olisi määriteltä.

...jos on voimakkaasti ahdistunut potilas joita ajatellaan että se ei niinku sen takia voi odottaa - - ni kyllä se saattaa olla kakkonen.

Sairaanhoitajat ajattelivat ESI-triagen olevan tasapuolinen kaikille potilaille. Esimerkiksi vitaalielintoimintoja seurataan kaikilta ESI 3 -ryhmän potilailta ja tarpeen vaatiessa nostetaan luokitusta ESI 2 -luokkaan, jos vitaalielintoiminnot eivät ole viitearvoissa.

Miten sen vois sanoa, turvallisuutta...tasapuolisesti ja takuuvarmasti.

Sairaanhoitajat arvioivat, ettei myöskään ABCDE-järjestelmässä tullut huomioitua ihmisen henkistä puolta sen enempää kuin ESI-järjestelmässäkään ja siinä suhteessa järjestelmien luokittelutyö on samankaltainen. Sairaanhoitajat kertoivat, että ESI-järjestelmässä kuitenkin joistakin psyykkisistä oireista voi tulla laskeuttava resurssi, jolloin potilas voidaan arvioida hoidoltaan vaativammaksi kuin vastaavan resurssimäärän tarvitseva potilas, jolla ei ole psyykkisiä oireita.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdintaa

Tässä opinnäytetyössä haastateltujen sairaanhoitajien kokemukset jaettiin hyviksi, haastaviksi sekä kehitettäviksi asioiksi ja lisäksi sairaanhoitajat pohtivat hengellisyyttä ja eettisyyttä päivystyshoidossa. Positiivisimmaksi muutoksessa koettiin pääkaupunkiseudulla yhtenäistyneet käytännöt, kattava perehdytys, järjestelmän tasapuolisuus ja vitaalielintoimintojen mittaamisen lisääntyminen. Negatiivisia kokemuksia muutoksessa olivat osaston vajavaiset resurssit ESI-triagen toteuttamiselle ja sairaanhoitajien hidas sopeutuminen uuden järjestelmän käyttöön. Kehitettäviksi asioiksi koettiin osaston resurssipula ja erityisesti sairaanhoitajat kaipasivat kokeneita lääkäreitä päivystyspoliklinikan hoitohenkilökuntaan. On kuitenkin hyvä muistaa, että tutkimuksesta saatu tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta aineisto on hankittu (Kylmä & Juvakka 2007, 79). Nämäkin tulokset kertovat vain Jorvin lasten päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien kokemuksista, eivätkä tulokset ole sellaisinaan sovellettavissa muualle.

Travers ym. (2009, 848) toteavat tutkimuksensa tuloksissa hyvin epätodennäköiseksi sen, että sairaanhoitajat aliarvioisivat potilaidensa hoidon vaativuustasoa. Myös Jorvin lasten päivystyspoliklinikan triagehoitajat kertoivat haastattelussa arvioivansa potilaat mieluummin vaativammiksi, kuin he ehkä oikeasti ovat ja laskevansa luokitusta myöhemmin, jos potilaan tila niin sallii. Haastatteluiden perusteella sairaanhoitajat kokivat eettistä ristiriitaa ESI-järjestelmän antamien ohjeiden ja oman toimintansa välillä. Sairaanhoitajien mielestä järjestelmä ei tue tarpeeksi kokonaisvaltaista lapsipotilaan huomiointia, vaikka heillä olisi valmiudet tähän. Travers ym. (2009, 844) tuovat myös esille tutkimuksessaan sitä, että ESI-triagejärjestelmä ei sellaisenaan sovellu kovin hyvin lasten päivystyshoitoon.

Suurin osa haastateltavista toi esille huonot ennakkoluulonsa uutta järjestelmää kohtaan, mutta olivat kuitenkin optimistisia siitä, että ajan kuluessa muutokseen tottuu ja järjestelmä tulee tutuksi. Sairaanhoitajat totesivat, ettei heillä ole tarvetta

palata vanhan ABCDE-triagejärjestelmän käyttöön, mutta ESI-järjestelmää tulisi kehittää lasten päivystyspoliklinikalle sopivammaksi.

Haastatteluissa havaitsimme, että iältään vanhemmat sairaanhoitajat suhtautuivat muutokseen negatiivisemmin ja heidän oli hankalampi sisäistää uutta järjestelmää kuin nuorempien hoitajien. Kuten Patel ym. (2008, 512–513) ovat tutkimuksessaan todenneet, noviisit vastaanottavat usein uutta tietoa asiantuntijata-solla olevia sairaanhoitajia paremmin ja asiantuntijat luottavat helposti omaan intuitioon enemmän kuin annettuihin ohjeisiin.

Opinnäytetyösuunnitelmaa tehdessä ja haastattelukysymyksiä laadittaessa emme osanneet ajatella, miten kysymykset käytännössä toimivat tai millaisia vastauksia ne tuottavat. Haastatteluja toteuttaessa huomasimme, ettei haastattelukysymyksemme olleet parhaat mahdolliset. Saadaksemme vielä tarkempia vastauksia, olisimme voineet laatia haastattelukysymykset tarkemmiksi. Saimme kuitenkin riittävästi aineistoa kahdesta haastattelusta, eikä haastattelukysymysten laatu koitunut ongelmaksi.

Pohdimme jälkikäteen tekemiämme haastatteluja ja huomasimme, ettei haastattelutilanteissa juurikaan puhuttu vanhempien huomioinnista hoidossa tai otettu puheeksi perheen osallistumista lapsen hoitoon. Päivystyshoidossa sairastuneen lapsen vanhemmat ovat kuitenkin lähes poikkeuksetta mukana ja lapsen sairastuessa ja sairauden hoidossa vanhemmat ovat aina tärkeässä roolissa. Ajattelimme, että sairaanhoitajille voi olla itsestäänselvyys huomioda vanhemmat osana lapsen hoitoa ja siksi asia ei tullut esille haastattelutilanteessa. Huomasimme myös, etteivät sairaanhoitajat olleet ajatelleet triagejärjestelmien eettisyyttä tai järjestelmien kykyä ottaa huomioon potilaiden hengellisiä tarpeita. Sairaanhoitajien vastauksista saattoi päätellä, että he yhdistivät henkisen pahoinvoinnin hengellisyyteen ja hengellisten tarpeiden huomioimiseen. Olimme varautuneet siihen ja pyrimme haastattelutilanteessa avaamaan hengellisyyden ja hengellisen hoidon käsitteitä.

Haastattelussa sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että päivystyspoliklinikan resurssit eivät ole riittävät ESI-triagejärjestelmän toteuttamiseen. Lääkäreitä ja sairaanhoitajia kaivattiin lisää. Toisaalta Gilboy ym. (2005) toteavat tutkimuksessaan ESI-järjestelmän sopivan hyvin päivystyspoliklinikalle suhteessa resurssien käyttöön. Gilboy ym. (2005) kuitenkin tarkoittavat, että ESI-järjestelmää käytettäessä on mahdollisuus siirtää ESI 4 ja ESI 5 -luokan potilaat erilliselle vastaanotolle. Tämä mahdollistaisi sen, että ESI 1, 2 ja 3 -luokan potilaiden hoidossa pystyttäisiin hyödyntämään poliklinikan resurssit parhaalla mahdollisella tavalla.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen osallistujamäärällä ei ole vaikutusta luotettavuuteen, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään enemmänkin uuden tiedon luomiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 58.) Haastatteluihin osallistui viisi triagetoimintaa toteuttavaa sairaanhoitajaa.

Jo haastatteluvaiheessa ja varsinkin aineistoa analysoidessa ymmärsimme, että haastattelukysymyksissämme olisi ollut kehitettävää. Pyrimme luotettavuuteen sillä, että laadimme kysymykset etukäteen yhteistyössä Jorvin lasten päivystyksen yhteyshenkilön kanssa. Jälkikäteen ajattelimme, että olisimme voineet tehdä enemmän tarkentavia kysymyksiä ja olla aktiivisempia haastattelutilanteessa, jotta aineistosta olisi saatu monipuolisempi.

Tämä opinnäytetyö on ensimmäinen tutkimustyömme, joten luotettavuuteen vaikutti kokemattomuutemme haastatteluiden tekemisessä ja aineistoa analysoitaessa. Haastatteluja tarkastellessa pyrimme puolueettomuuteen ja varoimme aineiston ylitulkitsemista. Puolueettomuus tulee esiin niin haastattelutilanteessa, kuin aineistoa analysoitaessa. Laadullisessa tutkimuksessa kertomus suodattuu tutkijan läpi, jolloin tutkijan omat asenteet ja taustatiedot vaikuttavat siihen, mitä hän kuulee ja havainnoi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 135–136).

Koska aineistomme on laadulliseksi tutkimukseksi suppea, ylitulkitseminen riski oli huomioitava. Varoimme omien asenteidemme ja ajatustemme näkymistä tuloksissa ja käytimme sitaatteja, jotta haastateltujen ilmaukset säilyvät tarkoitustussa kontekstissa. Palasimme useasti analyysivaiheessa litteroituun aineistoon. Emme koodanneet haastateltavia tai käyttämiämme sitaatteja suojataksemme sairaanhoitajien anonymiteetin. Aineiston analysointia helpotti, kun tekijöitä oli kaksi. Pystyimme keskustelemaan aineistosta ja tuloksista ja tekemään yhteisiä päätelmiä haastatteluista.

Päivystys- ja triagetoiminta eivät olleet meille kummallekaan aiheina entuudestaan tuttuja. Päivystyshoidosta emme olleet kumpikaan saaneet käytännön kokemusta opintojen aikana ja triage oli jo terminä vieras. Tästä johtuen meillä ei ollut ennakkokäsityksiä aiheesta, mikä mahdollisti sen, että pystyimme tarkastelemaan aihetta ja tuloksia hyvin objektiivisesti. Uskomme, että tällä on opinnäytetyön luotettavuuteen myönteinen vaikutus. Luotettavuutta lisää se, että osallistuimme hankkeen aikana Jorvin lasten päivystyspoliklinikan koulutuspäivään ESI-triagesta.

Pohdimme, miten haastattelutilanteiden kulku vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Havaitsimme ryhmädynamiikan vaikuttavan keskusteluiden avoimuuteen. Haastattelutilanteiden ilmapiirit olivat keskenään hyvin erilaiset. Ensimmäisessä haastattelussa kaksi sairaanhoitajaa keskusteli avoimesti kysymysten herättämisestä ajatuksista ja haastatteluaineisto oli näin ollen myös rikkaampaa kuin jälkimmäisessä haastattelussa. Jälkimmäisen haastattelun keskustelu ei ollut yhtä avointa, eivätkä kysymykset juuri herättäneet sairaanhoitajien välille toivottua keskustelua. Huomasimme, ettei haastateltavien määrä välttämättä ole aina verrattavissa tuotetun aineiston määrään. Ennen jälkimmäisen haastattelun alkua ilmeni, että yksi haastateltavista ei ollut ilmoittautunut meille ennakkoon, mutta häntä oli pyydetty osaston puolesta osallistumaan. Ajatteleimme tämän mahdollisesti vaikuttaneen ryhmän keskusteluun ja sen dynamiikkaan.

7.3 Opinnäytetyön eettisyys

Kaikissa tutkimuksissa on omat eettiset ongelmansa (Kylmä & Juvakka 2007, 16–17). Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus, ja eettisten periaatteiden tulee kulkea mukana työn jokaisessa vaiheessa (Tuomi & Sarajärvi 2009). Yksi tutkimuksen eettisistä näkökulmista tulee vastaan, kun mietitään saadaanko valitulla tutkimusmenetelmällä tavoiteltava tieto (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Tutkimusetiikkaa ohjaavat periaatteet ihmisoikeuksien kunnioitus, oikeudenmukaisuus, luottamus ja rehellisyys. On hyvä huomioida, että nämä periaatteet ovat läsnä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 147; Kuula 2006, 11.)

Tutkimusetiikkaa tarvitaan, kun ilmenee eri suuntiin ohjaavia kiinnostuksia (Kuula 2006, 15). Tutkimusetiikan lisäksi tutkijan ja tutkittavan välistä suhdetta määrittää lainsäädäntö. Tutkijoiden täytyy tietää ja hallita tietosuojan periaatteet ettei aineistoon pääse ulkopuoliset käsiksi, myös henkilötietolaki on huomioitava. (Kuula 2006, 13–14.) Huomioimme haastateltavien tietosuojan siten, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei tässä tutkimuksessa paljasteta, eikä haastatteluiden litte-roinneista voi tunnistaa puhujaa. Analyysivaiheessa pyrimme eettisyyteen kuvai-lemalla tekemämme vaiheet tarkasti. Aineistoa analysoitaessa keskityimme sii-hen, että emme esitä vääriä tulkintoja. Toimintamme eettisyys näkyy myös tutki-musluvan ja -suunnitelman kunnioittamisena. Olemme edenneet opinnäytetyö-prosessin mukaisesti ja toteuttaneet opinnäytetyömme suunnitelmamme mukai-sesti.

7.4 Opinnäytetyöprosessin ja ammatillisen kasvun tarkastelu

Opinnäytetyöprosessimme alkoi keväällä 2015, kun tiedustelimme opettajilta aiheita lasten hoitotyöhön liittyvistä opinnäytetyön aiheista. Opinnäytetyötoreilta eikä opettajilta löytynyt meille mieleistä aihetta, joten kysyimme aihetta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin klinisen hoitotyön opettajalta sähköpostitse. Saimme kuulla, että Jorvin lasten päivystyksessä olisi tarjolla aihe liittyen ESI-

triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hankkeeseen. Saimme hankkeesta vastaavan sairaanhoitajan yhteystiedot ja sovimme hänen kanssaan tapaamisen keväälle 2015. Tapaamisen aikana opinnäytetyön aihe ja tarkoitus selkeytyi ja ymmärsimme roolimme osana hanketta. Suunnittelimme myös alustavan aikataulun työlle.

Aloitimme suunnitelman kirjoittamisen kesällä ja jatkoimme sen tekemistä syksyllä. Haastattelukysymykset teimme yhteistyössä hanketta vetävän sairaanhoitajan kanssa. Suunnitelman valmistuttua haimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä opinnäytetyöhön tutkimuslupaa. Tutkimuslupa myönnettiin joulukuussa 2015.

Toteutimme ryhmähaastattelut helmikuussa 2016. Haastatteluun teimme varsinaisten haastattelukysymysten lisäksi apukysymyksiä ennen haastattelutilannetta. Aloitimme litteroinnin haastatteluiden jälkeen. Analysoimme haastattelut ja kirjoitimme opinnäytetyön loppuun kevään 2016 aikana. Työmme esiteltiin Diakonia-ammattikorkeakoulun julkistamisseminaarissa huhtikuussa 2016. Työ esiteltiin Jorvin lasten päivystyspoliklinikalla hoitajille huhtikuussa 2016 ja sen jälkeen työ luovutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tietokantaan.

Sairaanhoitaja-diakonissan ammatti-identiteettimme on vahvistunut opinnäytetyöprosessin aikana. Terveysalan ja kirkonalan tutkimukset täydentävät toisiaan, sillä sairaanhoitajan työssä tarvitsee kliinisen osaamisen lisäksi paljon myös herkkyyttä potilaan kohtaamisessa. Sairaanhoitaja-diakonissan tutkinto on mielestämme antanut meille kokonaisvaltaisen kuvan ihmisestä. Ajattelemme, että päivystyspoliklinikalla tästä koulutuksesta voisi olla hyötyä siten, että meillä on kyky keskustella perheiden kanssa myös arkaluontoisista asioista. Tutkintomme myötä osaamme ohjata potilaita ja heidän omaisiaan hakemaan apua monipuolisesti julkisen ja kolmannen sektorin palveluista.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan pohdimme, mitä sairaanhoitaja-diakonissa voi tuoda lisää päivystysympäristöön. Oivalsimme, että kannamme diakonista osaamista mukanaamme jatkuvasti, oimmepa missä hoitotyön ympäristössä tahansa. Diakoninen osaaminen näkyy meissä herkkyytenä huomata potilaan hengelliset

tarpeet samalla kun huomioimme potilaan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tarpeita. Diakoninen osaaminen näkyy myös siinä, että olemme avoimia ja valmiita keskustelemaan potilaan kanssa vaikeistakin asioista. Tunnistamme heikommassa asemassa olevat potilaat ja pyrimme toimimaan heidän puolestapuhujina hoitotyössä.

Seurakunnan diakoniatyöntekijöinä sairaanhoitajan ammattitaito on meille hyödyksi monin tavoin. Varhaiskasvatus- ja perhetyössä voimme sairaanhoitajina ymmärtää, mitä lapsen sairastuminen vaatii perheeltä ja vanhemmilta. Tällöin voimme diakoniatyöntekijöinä tarjota tukea ja ymmärrystä koko perheelle. Osaamme myös ohjata perhettä hakemaan apua terveydenhuollosta, kun tilanne sitä vaatii.

Aiheen valinta aluksi mietitytti meitä molempia, sillä kummallakaan ei ollut kokemusta päivystyshoidosta eikä triagetoiminta ollut tuttua, kuten edellä jo mainitsimme. Yhteistyökumppanimme kuitenkin kannusti meitä koko prosessin ajan ja lisäsi uskoa itseemme. Opinnäytetyön avulla saimme perehtyä päivystystoimintaan ja se toi uuden lisän kokemukseemme hoitotyöstä. Perehtyessämme aiheeseen opimme paljon uutta ja samalla mielenkiinto aihetta kohtaan kasvoi. Välillä prosessin hidas eteneminen vaikutti innokkuuteemme. Voimavaraksi koimme parityöskentelyn ja kannustimme toinen toistamme koko prosessin ajan.

Työskentely osana ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hanketta antoi meille kuvan siitä, miten hoitotyötä viedään eteenpäin käytännön tasolla. Hankkeen myötä havahduimme näkemään, miten meillä hoitajina on mahdollisuus vaikuttaa ja kehittää hoitotyötä. Tutkimustietoon perehtymällä ja aihetta tutkimalla voidaan saada merkittäviä muutoksia aikaan hoitokäytännöissä. Koimme ammatillisen kasvun kannalta merkittäväksi sen, että teimme opinnäytetyön osana isompaa hanketta ja yhteistyössä ison organisaation kanssa. Koululta saadun tuen lisäksi meille oli opinnäytetyön kannalta tärkeää se, että saimme apua ja tukea yhteistyökumppanilta

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Sairaanhoitajilla oli alussa ennakoluuloja triagetoiminnan muutosta kohtaan, mutta haastattelutilanteessa useimmat heistä kertoivat jo sopeutuneen uuden järjestelmän käyttöön. ESI-triagejärjestelmä toi mukanaan turvallisuudentunnetta sairaanhoitajille selkeiden ja yhtenäisten toimintamallien myötä. Järjestelmän luokittelun avulla sairaanhoitajien oli helppo suunnitella ja valmistautua lapsen hoitoon jo ESI-luokittelun nähdessään.

Sairaanhoitajat toivoivat, että ESI-triagejärjestelmää tarkasteltaisiin vielä kriittisesti ja sovellettaisiin paremmin lasten päivystyspoliklinikalle sopivaksi. Tällä hetkellä haastaviksi koettiin hengitysvaikeuspotilaiden luokittelu. Sairaanhoitajat pohtivat myös, voisiko lapsipotilaalta arvioida kipua hengitysfrekvenssin tilalta esimerkiksi hänen tullessa päivystykseen murtuman vuoksi. ESI-järjestelmä vaatisi sairaanhoitajien mielestä lisää kokenutta hoitohenkilökuntaa.

Triagejärjestelmissä ei huomioida henkistä tai hengellistä hätää resurssina. Sairaanhoitajat toivat esille, että he voivat kuitenkin tarvittaessa luokitella lapsen kii-reellisemmäksi, jos hän on kovin ahdistunut eikä voi odottaa hoitoa. Vanhempien jaksaminen ei tule esille triageluokitusta tehdessä, mutta tarvittaessa sairaanhoitajat miettivät yhdessä vanhempien kanssa mistä ja minkälaista apua he kaipaavat.

Sairaanhoitajat pyrkivät huomioimaan lapsen kokonaisvaltaisena hoidossa. Sairaanhoitajien kokemuksissa on havaittavissa eettinen ristiriita. ESI-järjestelmässä sairaanhoitajat laskevat resursseja, mutta epäselvää on, kuvaavatko nämä resurssit lapsen vointia kokonaisvaltaisesti.

Tarpeelliseksi jatkotutkimuksen kohteiksi tämän tutkimuksen pohjalta ehdottaisimme ESI-järjestelmän kehittämistä erityisesti lasten päivystyshoitoon niin, että järjestelmä huomioi resursseissa lasten ja perheiden tarpeita. Toinen jatkotutkimuksen aihe voisi olla nopeuttaisiko ESI 4 ja ESI 5 -luokan potilaiden siirtäminen erilliselle vastaanotolle potilaiden hoitoon pääsyä ja ehkäisisikö se päivystysten

ruuhkautumista. Voisi olla hyödyllistä tutkia hoitajien kokemuksia triagejärjestelmästä myöhemmin uudelleen, kun järjestelmä on ollut kauemmin käytössä.

LÄHTEET

- Aalto, Kirsti & Gothoni, Raili 2009. Ihmisen lähellä – hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja
- Ahjoniemi, Matleena; Appelroth, Maria & Janhunen, Katja 2015. ESI – triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä. Hankesuunnitelma. Lasten päivystys, Jorvi: HUS.
- Aira, Marja 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Duodecim 2005;121:1073–77 Viitattu 5.12.2015 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>
- Benner, Patricia 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Juva: WSOY.
- Dinh, Michael; Walker, Andrew; Parameswaran, Ahilan & Enright, Nicholas 2012. Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors. Australasian Emergency Nursing Journal 15, 188–194.
- Erikoissairaanhoitolaki 2004/856, 17.9.2004. Luettu 13.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856#Pidp955472>
- Eriksson, Elina; Korhonen, Teija; Merasto, Merja & Moisio, Eeva-Liisa 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Porvoo: Bookwell Oy.
- Gharbi, Sanna & Janhunen, Katja 2013. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistus - opas. Lasten päivystys Jorvi: HUS.
- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., A., Rosenau, A., M. & Eitel, D., R. 2005. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. Rockville, MD: AHRQ Publication.
- Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri i.a. Lasten erikoissairaanhoidon päivystysten tavoitteellinen työnjako HUS-alueella. Viitattu 19.2.2016 http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/paivystys/lapset-ja-nuoret/Documents/Lasten%20erikoissairaanhoidon%20p%C3%A4ivystysten%20ty%C3%B6njako%20HUS%2010_2015.pdf
- Ivanoff, Päivi; Risku, Aija; Kitinoja, Helli; Vuori, Anne & Palo, Raija 2007. Hoidatko minua? Helsinki: Wsoy.

- Janhunen, Katja 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Terveystieteiden tiedekunta. Pro-gradu tutkielma Itä-Suomen Yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140571/urn_nbn_fi_uef-20140571.pdf
- Janhunen, Katja 2015. Henkilökohtainen tiedonanto. Jorvin lasten päivystyksen ESI-triagen koulutusmateriaali.
- Janhunen, Katja 2016. Henkilökohtainen tiedonanto. Jorvin lasten päivystys.
- Juujärvi, Soile; Myyry, Liisa & Pessa, Kaija 2011. Eettinen herkkyyss ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.
- Kansanterveyslaki 2004/855, 17.9.2004. Luettu 13.11.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855>
- Kantonen, Jarmo 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Tampere: Akateeminen väitöskirja.
- Kantonen, Jarmo & Lajunen, Arto 2010. Päivystyspoliklinikan työnjako ja kiireellisyysryhmittely. Poliklinikka 2010 no. 1 7-8
- Kiura, Eeva; Malmström, Raija; Malmström, Tomi; Mäkelä, Marjukka & Torkki, Paulus 2012. Lääkärilehti, terveydenhuoltoartikkeli 9/2012 699–703. Viitattu 11.2.2016 <http://www.fimnet.fi/anna diak.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037210>
- Kuisma, Markku; Holmström, Peter; Nurmi, Jouni; Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Helsinki: SanomaPro
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 23.2.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lehto, Paula 2004. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsen hoitamiseen sairaalassa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.3.2016 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67368/951-44-5935-0.pdf?sequence=1>

- Leino-Kilpi, Helene 2014. Etiikka lasten ja nuorten hoitotyössä. Teoksessa: Leino-Kilpi, Helene & Välimäki, Maritta (toim.) 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro. (218–236)
- Linden, Leena 2004. Lasten sairaalahoito. Teoksessa: Koistinen, Paula; Ruuskanen, Susanna & Surakka, Tuula (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. (30-34)
- Nummelin, Merja 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turku: Pro-gradu tutkielma. Viitattu 19.2.2016 <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf>
- Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon Viitattu 25.2.2016 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>
- Paakkonen, Heikki 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses Experts' Perceptions Using Delphi- Technique. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Viitattu 8.3.2016 <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-1222-9.pdf>
- Patel, Vimla L.; Gutnik, Lily A.; Karlin, Daniel R. & Pusic, Martin 2008. Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. Adv in Health Sci Educ. 13:503–520
- Päivystysasetus 2014/782, 23.9.2014, Viitattu 11.3.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>
- Päivystyshanke 2008. Hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi – taskuopas päivystyksiin. Edita.
- Rantala, Taina 2016. Henkilökohtainen tiedonanto. Jorvin lasten päivystyspoliklinikan kävijämäärät.
- Ruusuvuori, Johana & Tiittula, Liisa 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006. 3.1.2. Hyvä tutkimuskäytäntö. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 7.3.2016 http://www.fsd.uta.fi/metodimaopetus/kvali/L3_1_2.html
- Sairaanhoitajan ammatillinen vähimmäisosaaminen i.a. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke Metropolia. Viitattu 25.2.2016.

http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Sairaanhoitajan_ammattillinen_osaaminen.pdf

- Sopanen, Pertti 2009. Potilaan hoito päivystyspoliklinikassa. Teoksessa Maaret Castren, Sakari Aalto, Elina Rantala, Pertti Sopanen ja Airi Westergård 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010:4. Työryhmän raportti. Viitattu 16.3.2016 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112548/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226598.pdf?sequence=1>
- Storvik-Sydänmaa, Stiina; Talvensaari, Helena; Kaisvuori, Terhi & Uotila, Niina 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Syväoja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326, 30.12.2010. Viitattu 11.3.2016 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P50>
- Travers, Debbie A.; Waller, Anna E.; Katznelson, Jessica & Agans, Robert 2009. Reliability and Validity of the Emergency Severity Index for Pediatric Triage. Society for Academic Emergency Medicine. No.9. 843–849
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi
- Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 14.4.2016 <http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2008/isbn978-951-27-0815-4.pdf>

LIITE 1: Haastattelulomakkeen saatekirje

Hei!

Olemme Diakonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja-diakonissa opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä triagetoiminnan muutoksesta Jorvin lasten päivystyksessä. Opinnäytetyö on osa ESI-triagen käyttöönotto Jorvin lasten päivystyksessä -hanketta.

Keräämme sairaanhoitajien kokemuksia triagetoiminnan muutoksesta ja etsimme triagetoiminnan muutoksessa mukana olevia vapaaehtoisia sairaanhoitajia haastateltavaksi. Haastattelu kestää 30–60 minuuttia. Haastatteleamme sinua siitä, miten olet kokenut uuden ESI-triagejärjestelmän käytön. Haastateltavana pysyt anonyyminä ja yksittäiset vastaukset eivät käy ilmi tutkimuksessa. Haastattelu tapahtuu kahtena pienryhmähaastatteluna Jorvin sairaalan tiloissa. Haastattelutilanteet nauhoitetaan ja kirjoitetaan puhtaaksi. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimustulokset tulevat opinnäytetyöhön, joka esitetään opinnäytetyöseminaarissa keväällä 2016. Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus -tietokannasta.

Tarvitsemme haastateltavaksi kuusi sairaanhoitajaa (3+3). Haastatteluun voit ilmoittautua sähköpostitse tutkijoille.

Ystävällisin terveisin,

Noora Laine

Paula Liukko

sairaanhoitaja-diakonissaopiskelijat

LIITE 2: Haastattelurunko

Tutkimuskysymys

- Miten sairaanhoitajat kokivat triagetoiminnan muutoksen?

Haastatteluteemat

- triagetoiminta Jorvin lasten päivystyksessä
- triagetoiminnan muutos
- ESI-triagen käyttöönotto
- triagehoidon eettisyys

Haastattelukysymykset

1. Mitä positiivisia asioita on tullut ESI-triagen käytössä esille verrattuna ABCDE- järjestelmän käyttöön?
2. Mitä negatiivisia asioita on tullut esille ESI-triagen käytössä verrattuna ABCDE-järjestelmän käyttöön?
3. Mitä kehitettäviä asioita ajattelet ESI-triagessa olevan?
4. Miten ESI-triage ottaa huomioon eettisen näkökulman verrattuna ABCDE-järjestelmään? (ESI-triage potilaiden tasa-arvoisen kohtelun/hoidon saannin näkökulmasta)

LIITE 3: Teemoittelun malli

